

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

285

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Yves LE FORESTIER

Né le 31 Juillet 1913, à GUÉMENE-PENFAO (Loire-Inférieure)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Lauréat de l'Ecole de Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LYMPHOSARCOME PRIMITIF

DU CÆCUM

Président : M. CUNÉO, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNÉ, 2

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939
—

THÈSE

N°
—

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Yves LE FORESTIER

Né le 31 Juillet 1913, à GUEMENE-PENFAO (Loire-Inférieure)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Lauréat de l'Ecole de Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
LYMPHOSARCOME PRIMITIF
DU CÆCUM

Président : M. CUNÉO, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1939

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

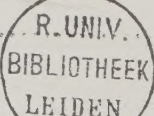
Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de neuro-chirurgie
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBoulLET
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIET
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.
 M...
 HAZARD.
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 FUNCK-
 BENTANO Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. ... Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LEVY (M^{re} J.) .. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PETIT-
DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.
PIEDELIEVRE.. Médecine légale
PORTES Obstétrique.
RENARD..... Ophtalmologie.
RICHEZ Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-
BERT Physiologie.
HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.
LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
NEVEU-
LEMAIRE.. Parasitologie.
LE LORIER ... Obstétrique.
SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE.. }
AUBERTIN }
BRULE }
CHABROL }
DONZELOT ... }
DUVOIR }
LIAN }
PASTEUR-VAL- }
LERY-RADOT.. }
SEZARY }
Clinique médicale.

MM.
BASSET }
BROCQ }
CADENAT }
GATELLIER ... }
MOURE }
QUENU }
VELTER }
Clinique chirurgicale

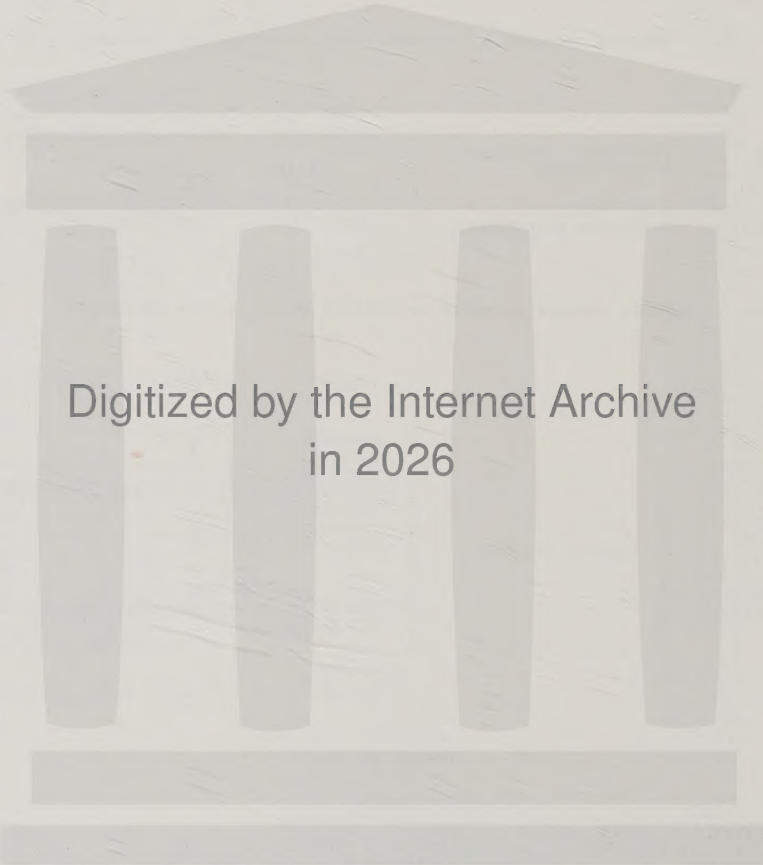
ECALLE }
METZGER }
Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDOUX-LEBARD
RUPPE
WEILL-HALLÉ

Education physique.
Radiologie clinique.
Stomatologie.
Puericulture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

A qui je dois tout.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL

Chirurgien Chef des Hôpitaux
Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Médecine

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et guidé de ses si précieux conseils.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de ma reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDIN

Chirurgien des Hôpitaux

En témoignage de profonde admiration.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VERAN

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR Gilbert SOURDILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUTIER

INTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR PASQUEREAU

(in memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR THIBAUT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARONDEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR GIROIRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUTIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDIN

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS GUSTAVE BUREAU,
SEBILLEAU, PICARD, PICHAT.

MM. LES DOCTEURS URBAIN-MONNIER, BIANCHI.
CHARBONNEL, MOISNARD, COLAS.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A MES AMIS DE L'INTERNAT DE NANTES

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer récemment, dans le service de clinique chirurgicale de notre Maître, Monsieur le Professeur FAVREUL, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, un cas de lymphocytome malin primitif du cæcum, il nous a semblé intéressant de rechercher dans la littérature médicale les diverses publications ayant trait à cette affection.

Si, depuis le mémoire fondamental de LECÈNE (1904) « les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle » comprenant 85 cas de sarcomes du grêle, de nombreux travaux ont paru sur ce sujet, les différents auteurs mettant en lumière quelques points particulièrement nouveaux : les sarcomes du canal omphalomésentérique, la fréquence des complications, perforations, invaginations, nous n'avons trouvé sur les sarcomes du cæcum que bien peu de renseignements.

C'est la statistique de Nothnagel, que l'on retrouve toujours, citée par GLINSKI en 1902, LECÈNE en 1904, puis 1907, par ROSEMBLUM en 1911, par OKINCZYC en 1923, par ERDMANN et CLARK en 1927, enfin par nombre de publications récentes sur le sarcome de l'intestin.

Nous n'aurons en vue, au cours de cet ouvrage, que l'étude des lymphosarcomes primitifs du cæcum,

c'est-à-dire l'étude des tumeurs malignes nées aux dépens des organes lymphoïdes du cæcum.

Nous laissons donc de côté l'étude des sarcomes pouvant prendre naissance dans les diverses couches tissulaires de cet organe et qui, d'ailleurs, sont beaucoup plus rares. Mais nous proposons que l'on range dans cette catégorie non seulement les sarcomes de type lymphoblastique ou lymphocytaire qui nous intéressent au premier chef, mais aussi les variétés décrites sous le nom de sarcomes à petites cellules rondes des anciens auteurs et les sarcomes globo-cellulaires.

Dès lors, le lympho-sarcome cæcal comprend la presque totalité des tumeurs sarcomateuses rencontrées sur cet organe, et notre étude, tant clinique que thérapeutique, se trouve justifiée.

ETIOLOGIE

Nothnagel (Wien 1898) estime à 20 le nombre des cas de sarcome primitif du cæcum, et Roseblum (1911) pense qu'il doit être moindre, certaines de ces tumeurs étant en réalité des états inflammatoires chroniques, et parfois tuberculeux de cet organe.

Nous avons pu recueillir trois cas récents de lymphosarcomes indiscutables du cæcum, dans la littérature médicale contemporaine, plus notre cas inédit qui date de janvier 1938.

C'est dire la rareté de cette affection.

Il est classique d'ailleurs de considérer le sarcome intestinal comme une tumeur exceptionnelle.

Sur 13.036 autopsies, Chiari n'en observe que 13 cas ; Rodenmacher, en 1908, en rapporte 140 cas ; Ulmann et Abeshouse, en 1932, 125 nouvelles observations.

En règle, on observe un sarcome pour 100 épithéliomas du tube digestif (Georg v. Knorre).

Mais, si sur le grêle, dont les tumeurs malignes primitives représentent 3 % des cancers de l'intestin, on rencontre deux sarcomes pour un épithélioma (Crousse), par contre, sur le gros intestin, particulièrement le cæcum, le sarcome est absolument excep-

tionnel, et dans une proportion infime vis-à-vis de l'épithélioma, qui est d'observation courante.

Le sarcome intestinal frapperait deux fois plus souvent l'homme que la femme. Nos quatre observations de lymphosarcome cæcal ont trait à des malades du sexe masculin.

L'âge est un facteur important à considérer.

Classiquement, c'est une affection des jeunes, avec deux périodes de plus grande fréquence :

- de 1 à 10 ans,
- de 20 à 40 ans.

Il semble que l'enfance paie un lourd tribut à cette variété de tumeur.

Parler de la pathogénie du sarcome, serait soulever le problème du cancer. Nous voulons noter seulement l'instance avec laquelle les différents auteurs relèvent dans les observations que nous avons étudiées, la question du traumatisme, et citer Ceccarelli :

« Il y aurait lieu d'admettre l'importance de l'altération des tissus sous l'influence du traumatisme. Ces altérations entraîneraient un stimulant chimique agissant directement sur la prolifération des éléments cellulaires chargés de la réparation des lésions. En tout état de cause, il faut admettre un rôle de terrain individuel, peut-être même un facteur racial. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le lymphosarcome du cæcum se présente sous la forme d'une tumeur volumineuse, dont le diamètre varie entre 7 et 20 centimètres en général, comparée à un poing, une grosse orange, une tête de fœtus, mais pouvant être énorme (cas Mirotworzew, où la circonférence était de 36 cm. et le poids de 900 grs).

En règle, la tumeur est circonscrite au cæcum, qui disparaît en son intérieur, englobant parfois l'appendice, parfois la terminaison de l'iléon et le début du côlon ascendant.

Nous n'avons pas recueilli d'observations de formes diffuses, rappelant le sarcome régional de Künrat, avec des tumeurs multiples, soit de même volume, soit une tumeur volumineuse, accompagnée de nodules de petite taille.

Par contre, il existe des formes pédiculées, comme cela est fréquent au niveau de l'estomac et du grêle. Dans le cas inédit que nous rapportons, la tumeur était en grande partie extra-cæcale.

La tumeur présente une surface irrégulière, bosselée, brillante, blanche, parcourue par de fins vaisseaux dilatés. Souvent aussi, elle est d'un rouge vif ou d'un brun noirâtre en certains points.

Sa consistance est ferme, mais souvent inégale, avec des zones mollasses.

La tumeur étant encore récente, on peut distinguer les tuniques intestinales épaissies, disloquées et disséquées par les fusées sarcomateuses, particulièrement abondante à la hauteur de la sous-muqueuse et de la musculieuse.

Si les lésions sont plus avancées, il est impossible de reconnaître les couches constitutives de l'intestin, confondues dans un tissu mollassé, blanc rosâtre, où tranchent souvent des foyers nécrotiques jaunâtres.

A la surface interne de la tumeur, la muqueuse est généralement intacte, mais peut être ulcérée (entérorragie du cas Lambret), comme sur le grêle où cela se voit dans la moitié des cas, et où la perte de substance peut alors s'enfoncer jusqu'aux confins de la séreuse, expliquant alors les perforations.

Le calibre de l'intestin n'est pas rétréci, c'est là l'opinion classique, il est même dans la plupart des cas le siège d'une ectasie accentuée : dilatation sacculaire (Lecène) « sarcomes cavitaires », « sarcomes diverticulaires » (Leveuf et Godard). Il existe pourtant sur le grêle des cas incontestables de formes avec sténose : 4 % selon les uns ; Ullmann et Abesnouse auraient observé 37 sténoses contre 18 dilatations.

Ces faits, valables sur le grêle, n'ont pas été rencontrés au niveau du cæcum. La sténose pourrait se rencontrer au cours d'un lymphosarcome ayant pris naissance sur le versant cæcal de la valvule de Bauhin. Dans le cas Pinto, les phénomènes occlusifs ne

sont-ils pas dus à ce que la terminaison de l'iléon était englobée par la tumeur ?

Si pendant une partie de son évolution, le néoplasme ne dépasse pas les limites de la tumeur primitive, les ganglions régionaux sont envahis dans 3/4 des cas. (J. Speese, Magnusson, Pépin), pouvant former une masse d'un volume supérieur à celui de la tumeur primitive. Ici, c'est le courant lymphatique mésentérique supérieur du côlon droit qui est atteint, avec ses quatre groupes classiques de ganglions épicoliques, paracoliques, intermédiaires et principaux, drainés par la chaîne iléocolique, autour de la partie terminale de l'artère iléo-cæco-colique.

Les ganglions rétro-péritonéaux et médiastinaux sont rarement pris.

La généralisation s'observe sur le grêle dans 30 % des cas et frappe surtout les reins et le foie. Il est beaucoup plus rare d'observer des métastases pulmonaires, pleurales, pancréatiques et osseuses.

Dans 20 % des cas, le péritoine est envahi, rarement en partie, le plus souvent en totalité, dans la forme nodulaire diffuse.

Il semble, d'après les travaux récents de P. Masson, que de tous les sarcomes de l'intestin, ce sont ceux du type lymphoblastique que l'on rencontre le plus souvent.

En pratique, quand on examine au microscope un lymphosarcome cæcal, ce que l'on voit le plus fréquemment, c'est :

— soit le sarcome lymphoblastique, caractérisé par

l'invasion progressive des diverses tuniques par des éléments rappelant les lymphocytes, mais plus volumineux, pourvus d'un protoplasme souvent anguleux par pression réciproque et basophile. Le noyau est en mitose, souvent anormale, pluripolaire ;

— soit le sarcome lymphocytaire — lymphocytome malin de Ribbert — peut-être plus rare que le précédent, et caractérisé par la présence abondante de cellules tumorales arrondies, identiques aux lymphocytes normaux.

Dans l'un et l'autre cas, la gangue réticulée prolifère en même temps, mais beaucoup moins.

Les vaisseaux, principalement les capillaires, soit sanguins, soit lymphatiques, et les néo-formations vasculaires qui accompagnent l'extension de la masse tumorale, n'offrent pas les traits habituels aux sarcomes ordinaires, dont les cellules délimitent elles-mêmes les cavités sanguines.

L. Géry et J. Bablet proposent de ranger ces deux variétés sous le nom de « sarcomes lymphoblastiques lymphocytaires », par opposition aux « sarcomes lymphoblastiques lymphadénoïdes », dans lesquels on peut reconnaître les centres germinatifs (organoïdes) analogues à ceux des ganglions lymphatiques.

Il semble bien démontré que ces sarcomes naissent aux dépens du tissu lymphoïde de l'intestin.

D'après Okinczyk :

« Ce qui caractérise le lymphosarcome, c'est la présence dans sa texture d'un réticulum analogue à celui des ganglions. Or, dit Lecène, la muqueuse de

l'intestin est riche en tissus réticulé, et un sarcome globo-cellulaire infiltrant cette muqueuse, peut sembler posséder un réticulum qui ne lui appartient pas en propre. Mais ne peut-on pas admettre aussi que la richesse de l'intestin en tissu réticulé, le grêle surtout, le prédispose, plus qu'aucun autre organe, à donner naissance à des sarcomes de la forme réticulée, décrite précisément sous le nom de lymphosarcome ? La fréquence des propagations lymphatiques, inaccoutumée dans le sarcome ordinaire, ne donne-t-elle pas une vraisemblance à cette hypothèse, que le lymphosarcome est au contraire la forme habituelle du sarcome de l'intestin grêle ? »

Nés dans la sous-muqueuse, la muqueuse étant généralement intacte, tout au moins pendant longtemps, les placards néoplasiques envahissent les tuniques intestinales suivant une marche excentrique.

Les bourgeons sarcomateux se propagent dans les tuniques musculaires, en suivant les lacs et les vaisseaux lymphatiques qui les traversent. Les couches musculuses sont sectionnées et leur élément, subissant la dégénérescence hyaline, s'atrophient.

Des sécrétions tumorales toxiques paralyseraient peut-être les fibres musculaires, permettant ainsi la dilatation si particulière à certaines formes. L'envahissement des autres tuniques a lieu suivant un procédé d'infiltration analogue.

Nous avons déjà vu l'envahissement ganglionnaire et les métastases. Ces métastases lymphatiques sont

d'une haute malignité « à tel point qu'on a pu noter le passage dans le sang d'un nombre si élevé d'éléments tumoraux, qu'un véritable état leucémique s'était constitué » (Leveuf et Godard).

ETUDE CLINIQUE

Avant d'aborder l'étude clinique du lymphosarcome cæcal, nous précisons qu'aucun signe n'est pathognomonique de cette tumeur, ce qui explique que le diagnostic préopératoire n'est jamais porté. Nous avons recueilli dans la littérature médicale une cinquantaine d'observations de lymphosarcomes intestinaux. Deux fois seulement, le diagnostic avait été entrevu : cas de Craix (1925) sur le grêle ; cas de Brodin-Lardennois-Tedesco (1935), sur le jéjunum. Ce dernier, grâce à l'appoint précieux de la radiologie.

Les différents symptômes que nous rapportons n'ont donc qu'une valeur de probabilité, mais ils sont régulièrement mentionnés dans les différentes publications ayant trait à cette maladie.

A la période de début, le lymphosarcome du cæcum est absolument silencieux. Les signes physiques font défaut. Quelques signes fonctionnels divers peuvent être rencontrés, sous forme de troubles dyspeptiques vagues, survenant par crises, vomissements périodiques, coliques sans lendemain, douleurs vagues et passagères.

Par contre, l'état général du malade est déjà touché : fatigue, anorexie, amaigrissement, poussées

fébriles, anémie, survenant sans causes apparentes, peuvent inquiéter le malade ou son entourage.

Rapidement, la maladie arrive à *la période d'état*, celle où le médecin est le plus souvent consulté.

A ce moment, les signes fonctionnels sont divers :

Les douleurs apparaissent, elles sont vives « hors de proportion avec la bénignité des accidents d'obstruction » (Farr), avec irradiations caractéristiques dues aux compressions nerveuses rétrocœcales, vers le pli inguinal, la région lombaire, dans le territoire du femoro-cutané, du crural.

Les troubles du transit intestinal sont variables, le plus souvent on note de la constipation, avec débâcles de fausse diarrhée. L'hémorragie intestinale est exceptionnelle.

Par contre, l'état général du malade est toujours gravement atteint. On note de la fatigue, de l'anorexie, un amaigrissement considérable, surtout une anémie qui ne manque jamais, pouvant devenir pernicieuse. Le malade se présente parfois comme un infecté avec poussées thermiques variables.

Mais leur seul signe vraiment constant et caractéristique, c'est la tumeur abdominale. D'apparition rapide, rencontrée sur le grêle à des hauteurs variables, prêtant facilement à confusion, ici elle est généralement bien nette.

Tumeur siégeant dans la fosse iliaque droite, de volume important, même à un stade peu avancé de la maladie, de la grosseur d'un poing, d'une orange, d'une tête de fœtus, elle affecte une forme cylin-

drique, oblongue, pyriforme ou globuleuse, parfois bosselée.

Pendant un temps mobile avec les divers mouvements imprimés au malade, elle est longtemps mobilisable à la palpation, ayant déjà subi un mouvement ascensionnel par rétraction du méso ou de l'épiploon. Bientôt, elle va se fixer à la paroi postérieure, aux anses intestinales voisines, à la vessie.

La palpation est peu ou pas douloureuse.

Elle est classiquement mate à la percussion. Pour Tchouproff, elle donnerait un son particulier, expliqué par le fait que la lumière intestinale est conservée, tandis que sa paroi est considérablement augmentée, et qu'il décrit sous le nom de « sonorité tympanique sourde au devant de la tumeur ».

Le toucher vaginal ou rectal va localiser le sarcome par rapport aux limites du petit bassin.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

Ainsi constitué, le lymphosarcome va évoluer rapidement, sans périodes de rémission.

Cette évolution se traduit par l'aggravation des signes fonctionnels, — surtout la douleur, — de l'anémie, et de la cachexie, celle-ci plus précoce que dans l'épithélioma.

La tumeur augmente de volume, se fixe aux organes voisins.

Mais des complications ne tarderont pas à apparaître, et c'est à leur occasion que l'on peut être appelé à voir les malades.

Elles sont d'ordre infectieux, et d'ordre mécanique. *L'infection périnéoplasique* peut se traduire par des poussées fébriles discrètes, elle explique la leucocytose constante. Elle peut déterminer de volumineux abcès péri-néoplasiques.

Les troubles du transit intestinal sont très fréquents : poussées d'obstruction intestinale, cédant à un traitement médicamenteux, d'occlusion vraie, où on est appelé à intervenir.

Cette occlusion est fréquente, bien que le lymphosarcome ne soit qu'exceptionnellement sténosant.

Elle serait due, soit à un refoulement dans la

lumière intestinale de la muqueuse saine et souple par une tumeur à développement unilatéral, soit comme le pense Lecène, à une coudure de l'intestin sur une tumeur asymétrique.

Dans d'autres cas, l'intestin grêle viendrait se couder ou s'étrangler sur une adhérence.

L'invagination intestinale que nous n'avons pas retrouvée au cours des sarcomes du cæcum, mais qui se voit au cours des épithéliomas de cet organe, et est très fréquente au cours des sarcomes du grêle, pourrait se rencontrer. Elle serait soit iléocæcale vraie, peut-être cæcocolique.

L'hémorragie intestinale, exceptionnelle, peut cependant être observée, soit que la néoplasie ait fini par infiltrer la muqueuse, soit que celle-ci se fissure par distension progressive, lorsque la tumeur atteint un volume important. Cette hémorragie, généralement peu abondante, spontanée, peut être provoquée par un traitement médicamenteux (cas de Charleux et Cuny, Société Pédiatrie, Paris, 1934).

La perforation intestinale au niveau de la tumeur, signalée au niveau du grêle, n'a pas été rencontrée au cours du sarcome cæcal. Elle détermine une péritonite septique diffuse.

De même, seraient possibles des fistules diverses cæco-vésicales, cæco-sigmoïdes, ou fistule à la peau, comme cela s'observe sur le grêle.

L'envahissement ganglionnaire déjà mentionné à l'Anatomie Pathologique, est mixte, néoplasique et inflammatoire.

Les métastases sont possibles, in situ, comme dans le cas que nous avons observé, soit en un autre point de l'intestin, comme dans le curieux cas de Hortolomei.

La métastase péritonéale, fréquente dans les sarcomes du grêle, se traduit par la sarcomatose du petit bassin, dans une forme localisée, soit le plus souvent par une ascite hémorragique dans la forme nodulaire diffuse. Capecchi signale un cas compliqué d'ascite chyliforme.

Les métastases hépatiques, pulmonaires, sont plus rares.

Signalons les tumeurs secondaires de l'ovaire, du type Krukenberg, dont un cas est signalé par Leveuf et Godard, au cours d'un sarcome iléal.

La généralisation a pu être rencontrée.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu quels étaient les éléments du diagnostic clinique. Rappelons l'intensité des signes généraux qui frappent le malade et la pénurie des signes fonctionnels qu'il accuse.

« Anémie, pâleur, amaigrissement, précèdent en général et de beaucoup, l'apparition des signes intestinaux ». (T. S. Raiford).

« Ce qui frappe, c'est la dissociation entre les signes généraux qui sont marqués, et les signes locaux qui sont masqués. » (Mumey.)

La tumeur est le seul signe constant et caractéristique, il importe donc de la localiser, par rapport à l'intestin.

L'hémorragie intestinale, quand elle existe, donne déjà des signes de probabilité.

La radiologie donnera souvent des renseignements intéressants. On peut donner au malade un repas baryté, puisque la lésion n'est pratiquement jamais sténosante. Il montre l'intégrité du transit iléal.

Mais c'est le lavement opaque qui va fournir l'ap-point le plus précieux.

A la radioscopie, celui-ci progresse souvent d'une façon irrégulière, avec encoche spasmodique. Mais,

dans presque tous les cas, il montre une intégrité du calibre intestinal au niveau de la tumeur, que l'on peut alors palper sous écran, pour apprécier sa mobilité, et même la repérer avec un fil métallique sur la peau.

On peut alors prendre un cliché, ou mieux, après évacuation du lavement opaque, et insufflation de 800 cc. à 1.400 cc. d'air dans le côlon, utilisant ainsi la méthode du double contraste : une couche mince et homogène de baryte dessine finement la muqueuse colique, mise en valeur par la clarté gazeuse.

Les images sont bien peu caractéristiques.

« L'infiltration se manifeste, outre la rigidité segmentaire, par une dilatation de la lumière. Les plis longitudinaux sont conservés dans cette forme infiltrante. Mais ce sont des subtilités diagnostiques peu probantes ; ce qui domine, c'est la disparition de la mobilité, et on ne saurait la considérer comme pathognomonique d'une tumeur maligne. » (Hrabrovsky.)

Exceptionnellement, on pourrait observer une image lacunaire régulière, due alors au refoulement de la muqueuse dans la lumière intestinale, par la tumeur à un stade avancé de son évolution.

La radiologie a cependant montré qu'il s'agissait :

— d'une tumeur cæcale,

— avec conservation de la lumière intestinale.

Des examens complémentaires ont été proposés.

L'analyse du contenu intestinal montrerait la présence du bacille lactique. Ce fait, constant, serait pour Schmidt, caractéristique du lymphosarcome intesti-

nal. Différents auteurs prétendent ne l'avoir jamais trouvé.

Enfin, la numération globulaire met en évidence dans la plupart des cas :

- une anémie,
- de la leucocytose,
- l'absence d'oésinophilie sanguine.

En somme, cette formule sanguine est celle que l'on rencontre au cours du néoplasme digestif, en particulier le cancer d'estomac.

La leucocytose à 10-15.000 globules blancs reconnaîtrait pour cause l'infection secondaire au cours de cette néoplasie (Vaquez et Laubry).

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Tels sont les éléments, bien fragiles, du diagnostic.

Au début, l'on conçoit que le néoplasme soit méconnu et que le caractère discret des symptômes et leur variabilité, fasse porter le diagnostic de gastro-entérite, de colite, d'appendicite, de cholécystite.

A un stade avancé, ce que l'on discute avant tout, c'est la tumeur.

Lorsqu'elle n'est pas nette ou qu'elle ne siège pas en pleine fosse iliaque droite, on peut discuter :

— un néoplasme, sarcome ou cancer haut situé sur le côlon ascendant, ou l'angle colique.

— une affection rénale :

— cancer du rein,

— hydro ou pyonéphrose,

— phlegmon péri-néphritique.

— une affection vésiculaire surtout.

Si la tumeur est basse, on peut envisager une tumeur d'origine pelvienne, surtout chez la femme.

— fibrome,

— kyste de l'ovaire,

— tumeur végétante de l'ovaire.

Mais l'examen radiologique vient trancher ces discussions, en montrant que la tumeur a un siège intestinal.

Deux lésions essentielles, qui ne sont pas du cancer, sont à discuter :

La Tuberculose hypertrophique du cæcum :

- mais en général, le sujet est un peu plus âgé,
- son état général est moins touché,
- les lésions s'accroissent plus lentement, se fixant moins vite.

La radiologie met en évidence des signes d'intolérance cæcale, un aspect « géométrique » du fond du cæcum, des taches résiduelles, enfin et surtout l'image classique du Stierlin.

Mais il faut reconnaître que les tableaux cliniques et radiologiques sont parfois superposables, que l'examen microscopique ou même histologique de la pièce peuvent prêter à confusion. On aurait même observé la coexistence de lésions tuberculeuses et cancéreuses. (Hartmann et Renaud, Bertrand).

D'autre part, *les tumeurs inflammatoires du cæcum*, presque toujours d'origine appendiculaire.

La tumeur perçue cliniquement peut correspondre à un abcès appendiculaire évoluant chroniquement avec coque épaisse, ou à une péritonite plastique englobant l'intestin, l'épiploon, le mésentère, adhérent à la paroi, ou encore à une véritable infiltration des parois mêmes du côlon.

Rosenblum estime que dans la statistique de Nothnagel, de nombreux cas de lymphosarcomes sont en réalité des états inflammatoires chroniques, et parfois tuberculeux du cæcum.

Et Lambret ajoute : « Témoin l'observation de

Brouilly, pour laquelle Pilliet porta le diagnostic de sarcome. Plus tard, Hartmann revoyant les coupes, montra qu'il s'agissait indiscutablement d'une tuberculose ».

Lorsqu'on a posé le diagnostic de *néoplasie du cæcum*, s'agit-il d'un *sarcome* ou d'un *épithélioma* ?

Là encore, il n'existe pas de signe de certitude, mais des finesses dans l'appréciation de l'intensité de symptômes identiques.

— Dans le sarcome, l'anémie et la cachexie sont beaucoup plus précoces et plus intenses.

La tumeur est plus grosse et plus fixée.

La sténose est exceptionnelle, tandis qu'elle est fréquente dans l'épithélioma, ce que vérifie la radiologie.

L'hémorragie est exceptionnelle, tandis qu'elle est d'observation habituelle dans le cancer, du moins quand on la recherche par la méthode chimique.

La douleur est plus constante et plus violente.

L'évolution est plus rapide.

Enfin, le sarcome survient chez des sujets plus jeunes.

C'est l'examen histologique de la pièce opératoire qui lèvera tous les doutes.

Cet examen pourrait aussi révéler des surprises.

Car si la localisation intestinale d'une *lympho-granulomatose maligne* est rare, différents auteurs en ont publié des observations simulant en tous points le lymphosarcome.

Suivant les cas, il s'agit :

- soit d'une localisation intestinale initiale, une maladie de Hogdkin typique se développant ensuite ;
- soit d'une localisation exclusivement intestinale, attirant l'attention par l'apparition ;
 - d'une tumeur,
 - ou d'une complication, occlusion intestinale (Racacelli) ou une invagination (Hammelmann).

L'examen macroscopique de la tumeur peut rappeler le lymphosarcome. L'aspect histologique même offre bien des similitudes, tel le cas publié par Braine, de « tumeur lymphoïde maligne de l'intestin, englobant le cæcum, le côlon ascendant, l'iléon terminal et une anse grêle fistulisée dans le côlon ». (In *Le Sang*, 1930, n° 3.)

« La muqueuse est intacte... des amas cellulaires denses dissocient les tuniques intestinales. Ces amas sont constitués en majeure partie par des lymphocytes très nombreux et de plus rares plasmocytes, quelques-uns monstrueux... On note quelques régions nécrosées entourées de polynucléaires.

Mais :

«... dispersées parmi ces éléments, sans ordre, parfois par petits amas, existent des grandes cellules claires à noyau boursoufflé, cellules du type Sternberg-Paltauf. »

L'examen du sang acquiert ici toute sa valeur :

« Contrairement aux lymphomatoses, le lymphocytome ne s'accompagne habituellement pas de leucémie, ni qualitative, ni quantitative, et l'on trouve

seulement dans le sang une leucocytose plus ou moins forte, à type de polynucléose. » (Ménétrier.)

De plus, l'éosinophilie sanguine est normale, tandis qu'elle est très importante au cours de la lymphogranulomatose. Dans le cas de Braine, il y avait 12 % de polynucléaires.

On peut avoir à faire le *diagnostic d'une complication*, et éliminer ainsi :

- soit l'invagination aiguë du nourrisson,
- soit l'invagination chronique (que l'on peut rencontrer chez le jeune enfant ou chez l'adulte).

En cas de perforation, rechercher le siège, et éliminer les perforations :

- gastriques,
- vésiculaires,
- les perforations du grêle, typhiques ou traumatiques.

et quand on a la notion de tumeur de la fosse iliaque,

- une péritonite d'origine appendiculaire.

Le péritoine étant envahi, estompant le sarcome, on peut être appelé à discuter le diagnostic :

- d'une ascite,
- d'une tuberculose péritonéale, à forme ulcéro-caséeuse, ou fibro-adhésive.

S'il y a des métastases, ou une généralisation sarcomateuse, il faut savoir enfin les rapporter à la cause primitive.

TRAITEMENT

C'est avant tout un traitement chirurgical.

Après mise en œuvre du traitement pré-opératoire habituel, consistant en une amélioration de l'état général et une préparation anti-infectieuse, il va falloir pratiquer autant que possible une intervention radicale, identique en tous points à la cure du cancer du cæcum.

Sous anesthésie générale, ou suivant le cas, rachianesthésie ou anesthésie loco-régionale, on fera une hémicolectomie droite.

Plusieurs méthodes sont en présence :

1° Soit colectomie avec extériorisation,

— colectomie extra-péritonéale immédiate avec anus in situ.

— colectomie retardée de l'anse extériorisée.

2° Soit colectomie intra-péritonéale en un temps, sans dérivation préalable, dite opération « idéale » de Reybard.

3° Soit hémicolectomie droite avec dérivation interne préalable, suivant la technique de Gosset.

Cette dérivation consiste en une iléotransversostomie, avec exclusion unilatérale.

L'intervention comprendra en tous cas :

— Une exploration minutieuse des lésions, intestinales et ganglionnaires, car « l'aire de dissémination cancéreuse est beaucoup plus vaste, plus diverse qu'on ne le croit souvent ». (Gosset).

— La résection des quinze derniers centimètres de l'iléon, du cæcum, du côlon ascendant, du $\frac{1}{3}$ ou de la $\frac{1}{2}$ externe du côlon transverse.

— La résection du mésocôlon, parallèle à la résection intestinale.

Le transit intestinal est rétabli par anastomose :

— soit termino-terminale,

— soit termino-latérale.

Si l'on opère en un temps, il est préférable dans certains cas, de faire une dérivation par iléostomie à la Witzel.

Mais, dans certains cas, la tumeur est trop étendue pour qu'on puisse pratiquer une intervention radicale.

On sera amené alors à faire, soit :

— l'iléotransversostomie,

— ou l'iléosigmoïdostomie.

Enfin, comme pis aller :

— l'anus cæcal,

— ou même la fistule iléale.

Parfois, c'est à l'occasion d'une complication, perforation au niveau de la tumeur, invagination, occlusion sur une adhérence, que l'on se trouve obligé d'intervenir.

La technique opératoire s'inspirera alors du siège des lésions et de l'état de l'intestin.

Mais la cure radicale terminée, il faut compléter ce traitement chirurgical par la mise en œuvre des agents physiques et en particulier, la radiothérapie profonde.

Nous n'avons, sur ce point, que bien peu de documents précis. Cependant, de nombreux chirurgiens, à propos des sarcomes du grêle, signalent l'utilité de cette thérapeutique.

« Dans un cas inopérable, signalé par Di Pierra, les rayons X ont amélioré le malade. De même, Crile et Portmann, dans un sarcome du diverticule de Meckel, ont eu après résection et radiothérapie un résultat satisfaisant, mais qui ne datait que d'une année. » (Leveuf et Godard).

Charleux et Cuny (1934) publient l'observation d'un enfant de trois ans, porteur d'une invagination par lymphosarcome du grêle. Après résection, il subit un traitement radiothérapique de 4.000 R. en deux séances, à 48 heures d'intervalle, parfaitement supportée, et reste cliniquement guéri depuis 1 an 1/2.

Brodin, Lardennois et B. Tedesco (1935), complètent une intervention chirurgicale pour lymphosarcome du grêle chez un adulte par un traitement radiothérapique de 10.000 R. Celui-ci détermine une anémie importante, facilement curable par la suite, et le malade est en parfaite santé, un an après.

En résumé : « L'irradiation est indiquée dans tous les cas, comme traitement palliatif dans les cas inopérables, et pour prévenir les récidives dans les cas opérables. » (Ulmann et Abeshouse).

RESULTATS

Il faut reconnaître qu'ils sont presque toujours décevants. Quelques rares succès mis à part, la haute malignité de ces tumeurs emporte les malades dans un temps très court.

Farr, en 1913, accuse une mortalité opératoire de 33 % et ajoute que les résultats éloignés sont décourageants.

Loria, en 1925, commentant 31 larges résections du grêle, note 20 survies opératoires et 5 morts en quelques semaines. Deux malades ont dépassé un an, un a dépassé 8 ans. Selon lui, les enterostomies palliatives peuvent prolonger les malades de quelques mois. Il n'a enregistré aucun succès de la radiothérapie ni de la curiéthérapie.

Ullmann et Abeshouse (1932), étudiant les lymphosarcomes du grêle donnent comme mortalité opératoire immédiate 17 %, 32 % des opérés auraient vécu plus d'un an.

Sur 85 malades traités, 2 vivaient 10 ans après l'intervention. La durée moyenne de la vie aurait été 19 mois

Des quatre observations que nous rapportons, seul le malade de Mirotworzew vivait 9 mois après l'inter-

vention. Le malade de Lambret n'a survécu que 14 heures, les deux autres, moins de deux mois.

On comprend dès lors l'opinion de tous ceux qui estiment le lymphosarcome intestinal au-dessus des ressources actuelles de la thérapeutique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite)

Le malade, G... Joseph, âgé de 16 ans, exerçant la profession de cultivateur, entre le 3 janvier 1938 à l'Hôtel-Dieu, parce qu'il présente depuis un mois une tumeur du flanc, accompagnée de douleurs.

Il est d'abord hospitalisé dans le service d'urologie ; pensant qu'il s'agit d'une affection rénale, on pratique une pyélographie. Elle se révèle normale, ainsi que les diverses épreuves fonctionnelles du rein.

Un examen radioscopique du transit intestinal montre après repas opaque, qu'il n'y a pas de stase iléale, après lavement baryté, que le cæcum se remplit et se vide normalement, qu'il est de calibre régulier, et qu'il n'existe aucune image suspecte.

Le 10 janvier, le malade est passé dans le service de chirurgie générale du Professeur Favreul.

L'interrogatoire révèle que depuis six mois le malade a présenté plusieurs crises douloureuses abdominales. Ces douleurs siégeaient dans la fosse iliaque droite, sans irradiations particulières. Elles ne s'accompagnaient pas de vomissements ; ni d'atteinte du transit intestinal. On avait porté le diagnostic d'appendicite chronique. Enfin, il y a un mois, une tumeur était brusquement apparue.

A l'examen, l'abdomen est souple. On sent en pleine

fosse iliaque droite une tumeur, de la grosseur d'un poing, de consistance dure. Cette tumeur est facile à délimiter, elle est mobile, mais ne présente pas le contact lombaire.

Elle est indolore à la pression. Par contre il existe une douleur provoquée au point de Mac Burney.

Le malade n'accuse aucun trouble fonctionnel, et son état général est satisfaisant.

On décide alors une intervention chirurgicale, qui a lieu le 12 janvier (Professeur Favreul).

Sous anesthésie générale au mélange de Schleich, laparotomie latérale au bord externe du droit. On extériorise facilement une volumineuse tumeur du cæcum. Il existe dans le méso de nombreux petits noyaux néoplasiques. On fait alors une large résection iléo-colique, l'iléon étant sectionné à 7-8 cm. du cæcum, et le côlon transverse au niveau de son tiers externe. Anastomose termino-terminale. Drainage postérieur.

Le malade est fortement shocké après l'intervention, mais les suites opératoires sont simples, le drainage retiré le 1^{er} février et la cicatrisation de la plaie opératoire est parfaite.

L'examen macroscopique de la pièce opératoire, montre une tumeur en grande partie extra-cæcale, siégant sur la face antérieure du cæcum, respectant l'appendice et l'angle iléo-cæcal.

Les tuniques intestinales sont épaissies, la muqueuse intacte, non ulcérée, mais d'aspect blanchâtre.

Un fragment de la tumeur, examiné au laboratoire d'histologie (Docteur Castagnary) montre qu'il s'agit :

D'un « sarcome lymphoïde (Lymphocytome) développé aux dépens des organes lymphoïdes du cæcum. La muqueuse est intacte ».

Le 4 février, on décide alors de mettre en œuvre, un traitement radiothérapique.

Après 4 séances, représentant en tout 1.200 r. internationaux, on se voit obligé de suspendre ce traitement le 16 février, du fait de la fatigue du malade et de l'hyperthermie qu'il présente.

Il est pâle, très affaibli, et s'est amaigri. Par contre, sa fosse iliaque est vide et indolore.

Un examen de sang est fait le 18 février (Professeur Ballet). Il montre :

Hémoglobine : 95 %.

Globules rouges : 4.340.000 par mmc.

Globules blancs : 11.900 par mmc.

dont :

Lymphocytes : 6 %.

Monocytes : 20 %.

Polynucléaires neutrophiles : 61 %.

Polynucléaires éosinophiles : 3 %.

Cellules mononucléées, à noyau spongieux, à fine ser-tissure protoplasmique, ne répondant pas à un type précis (?) : 3 %.

A partir du 18 février, le malade fait chaque jour des épitaxis. Il est pâle et abattu. On ne note pas de syndrome adénique ni de splénomégalie.

Le 3 mars, à l'examen de l'abdomen, on constate qu'une masse considérable occupe toute la fosse iliaque droite, gagnant en haut vers le foie, atteignant en dedans l'ombilic.

L'état général est si précaire que la famille craignant une issue fatale imminente, demande le 4 mars la sortie du malade.

Il devait décéder une semaine après, soit deux mois après l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION II

(MIROTWORZEW et SACHAROW, 1924)

Un homme de 36 ans vient consulter en 1923 pour une tumeur du flanc droit. Le malade s'en est aperçu pour la première fois il y a deux mois. Depuis, il maigrit, s'affaiblit et perd l'appétit.

Il va régulièrement à la selle; il n'y a ni glaires ni sang dans ses selles.

L'examen physique permet de localiser la tumeur comme formée aux dépens du cæcum et de son mésentère.

A l'intervention, dès l'ouverture de la cavité péritonéale, on constate qu'il s'agit d'une tumeur cæcale ayant les dimensions de la tête d'un nouveau-né, adhérente en certains points à l'épiploon. La tumeur entoure complètement le cæcum. Résection de celui-ci avec une partie du grêle et du gros intestin. Anastomose termino-terminale. Fermeture sans drainage.

Vers le septième jour, apparition d'un épanchement séro-purulent qui nécessite un drainage de la plaie opératoire. La troisième semaine, le malade quitte la clinique complètement guéri. Neuf mois après, son état était toujours excellent.

L'examen macroscopique de la tumeur, dont le poids était de 900 grammes, et la circonférence de 36 cm. au point maximum, montra une muqueuse normale, une cavité cæcale distendue et à parois épaissies, donnant l'impression d'un cylindre rigide.

A l'examen microscopique, il s'agissait d'un lymphosarcome.

OBSERVATION III

(A. PINTO, 1930)

Il s'agit d'un garçon de 6 ans qui entre à l'hôpital pour une occlusion intestinale par tumeur du cæcum. Il a présenté dans les mois qui précédaient des phénomènes de sub-occlusion avec amaigrissement.

L'abdomen est douloureux, tympanique dans son ensemble, excepté au niveau de la fosse iliaque droite où il existe une zone de submatité et une grosse tumeur facilement palpable. Cette tumeur est douloureuse, bosselée et légèrement mobile avec les mouvements respiratoires.

Entre la tumeur et le rebord costal droit, il existe une zone de sonorité normale. Le toucher rectal révèle le pôle inférieur de la tumeur que l'on perçoit facilement.

Sous anesthésie générale au balsoforme, on fait une laparotomie médiane inférieure. On extériorise alors la grosse tumeur bosselée qui occupe toute la fosse iliaque et qui est du volume d'une tête de fœtus à terme. Dans la tumeur est comprise la portion terminale de l'iléon, ainsi que l'appendice et une partie du côlon ascendant.

En décollant le péritoine pariétal postérieur, on arrive à extérioriser complètement la tumeur hors du ventre. Puis, on extirpe celle-ci et l'on rétablit la continuité du tube digestif par une implantation termino-terminale de l'iléon et du côlon transverse.

Etat de choc intense, puis peu à peu le malade se rétablit. Il se produit vers le quinzième jour un abcès à la partie inférieure de la cicatrice que l'on ouvre, et par lequel on retire un ascaris.

Peu à peu, l'état général du malade s'altère et la mort survient deux mois après.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un lymphocytome malin.

OBSERVATION IV

(LAMBRET, GRANDCLAUDE et DRIESSENS, 1933)

Il s'agissait d'un enfant de 4 ans 1/2 qui présentait une volumineuse tumeur dans la partie droite de l'abdomen.

Cette tumeur, apparue assez brusquement chez ce jeune garçon jusque-là en bonne santé, se présenta lors d'un premier examen sous la forme d'une tuméfaction profonde du volume d'une orange. On nota en même temps un amaigrissement progressif qui atteignit finalement plusieurs kilos. L'état général déclina rapidement. L'enfant qui était constipé depuis fort longtemps n'avait présenté aucun autre signe fonctionnel digestif, quand brusquement il fit une entérorragie, avec présence dans les selles de sang rouge noir, à moitié digéré, mêlé aux matières. Cette hémorragie resta unique. C'est à ce moment que l'enfant fut examiné dans la clinique du Professeur Lambret.

L'examen général mettait en présence d'un garçon amaigri, assez anémié, porteur d'une volumineuse tumeur abdominale droite.

L'examen local permit alors de percevoir une tumeur du volume d'une tête d'enfant, assez profondément située, mal limitée, surtout en haut et en dedans.

La palpation de la tumeur est légèrement douloureuse, de même que toute tentative de mobilisation. Elle est mate sur toute son étendue. Malgré une exploration profonde, soigneuse, et dans diverses positions, on ne peut arriver à définir nettement ses rapports avec les organes intra-abdominaux. Le toucher rectal est négatif.

A part la constipation, aucun signe fonctionnel digestif n'est à signaler.

L'examen de l'appareil urinaire reste négatif. En particulier, il n'y a ni dysurie, ni oligurie. Un interrogatoire minutieux n'arrive à déceler aucune hématurie. Les urines sont normales, en quantité et en qualité.

Le reste de l'examen somatique est négatif. L'examen des zones ganglionnaires montre l'absence d'adénopathie.

En présence d'un pareil ensemble clinique, on porte le diagnostic de tumeur intra-abdominale, probablement d'origine intestinale, en raison surtout de l'entérorragie antérieure, et on pense alors qu'il s'agit de tuberculose intestinale.

Une réserve est faite cependant sur l'origine rénale possible de cette tumeur.

Pour trancher le diagnostic une laparotomie exploratrice est décidée.

Sitôt le ventre ouvert, on trouve dans la région iléo-cæcale une volumineuse tumeur englobant tout le cæcum et la portion terminale de l'iléon. D'aspect lardacé, nullement proliférante elle n'a aucune limite nette. Elle est très dure. Chose surprenante l'exploration de la région ne montre aucune adénopathie satellite. Il s'agit manifestement d'une tumeur maligne dont on décide de tenter l'exérèse.

On pratique une résection en bloc de tout le segment colique envahi, comprenant le cæcum en entier. L'aboutement iléo-colique est réalisé par anastomose termino-latérale. Fermeture aux fils d'argent avec drainage. Le transit intestinal est ainsi rétabli.

Malgré la rapidité d'exécution, à la fin de l'opération, le petit malade est dans un état de choc assez marqué avec visage pâle, extrémités froides, pouls petit, rapide. Ce choc ne fera que s'accroître dans les heures qui sui-

vent l'opération, en dépit d'un traitement général des plus énergiques, et la mort survient au milieu de phénomènes de collapsus cardiaque, quatorze heures après l'intervention. L'autopsie ne put être pratiquée.

Examen de la pièce opératoire. — La tumeur du volume d'une grosse tête d'enfant, englobe toute la région iléo-cæcale, transformée en un bloc dense et compact ; vers son pôle inférieur, on voit l'appendice qui paraît normal à gauche surgit la terminaison de l'iléon. On n'arrive pas à repérer dans cette masse l'intestin qui y est complètement noyé. Le méso-côlon est infiltré et épaissi.

Cette masse blanchâtre, parsemée de zones nécrotiques ou hémorragiques, est uniformément dure.

Elle crie sous le couteau, et sa coupe montre que la lumière intestinale est conservée et même élargie en certains points. L'épaississement de la paroi cæcale est considérable, surtout à droite, atteignant parfois 7 à 8 cm. d'épaisseur.

Il est formé par un tissu d'aspect lardacé, dense et dur.

A l'examen microscopique des divers fragments prélevés sur cette tumeur, on est frappé immédiatement par l'intégrité de l'épithélium glandulaire de surface, ainsi que le faisait déjà prévoir l'examen macroscopique. S'opposant à l'intégrité de l'épithélium, le tissu conjonctif sous-séreux apparaît profondément remanié. Son squelette conjonctivo-vasculaire est complètement disloqué. Il n'en persiste que quelques traînées fibroïdes, entre lesquelles on observe une prolifération néoplasique qui l'épaissit considérablement, au point de le faire apparaître en certains points dix fois plus grand que le reste de la paroi.

Cette néoplasie est caractérisée par une pullulation de cellules rondes, qui ne sont ni volumineuses, ni polymorphes mais qui ont la taille d'un lymphocyte ou d'un

lymphoblaste et qui sont tassés les uns contre les autres.

La trame est complètement disparue, on y observe de fréquentes atypies nucléaires, de l'hyper et de l'hypochromasie, des mitoses normales et anormales. On rencontre aussi des lacunes vasculaires arrondies ou ovales, des plages hémorragiques.

Une telle image correspond à un sarcome globo-cellulaire à caractère plutôt lymphoblastique.

CONCLUSIONS

I. — Le lymphosarcome de l'intestin, affection particulièrement rare, peut se développer au niveau du cæcum. Ce serait même la variété la plus souvent rencontrée des sarcomes de cet organe.

II. — Il frappe surtout les enfants et les adultes jeunes ; le seul signe par lequel il se manifeste constamment, c'est la tumeur cæcale.

III. — Son pronostic est sombre, car il évolue avec une rapidité extrême et son traitement, tant chirurgical que radiothérapique, est presque toujours décevant.

IV. — Il existe des similitudes entre le lymphosarcome et les lymphomatoses intestinales, sans qu'on puisse dire, jusqu'à présent, quelle parenté les unit.

Vu :

**LE DOYEN :
TIFFENEAU.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
CUNÉO.**

Vu et permis d'imprimer :

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.**

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAL et MONOD. — Sarcome du grêle perforé en péritoine libre. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, T. 63, n° 26.
- ARNAUD et RECORDIER. — *Archives de Médecine Générale et Coloniale*, An. 6, n° 5.
- BANDAROFF. — Statistique du sarcome primitif de l'intestin grêle. *Chirurgia*, 1907, n° 127.
- CAMES et CID. — Tumeurs du grêle. *Anales de Cirugia*, Rosario, 1936.
- CAPECCHI. — Lymphosarcome primitif du grêle et ascite chyliforme. *Annali Ital. di chirurgica*, Naples, 1933.
- CAVE. — Tumeurs de l'intestin grêle. *Annals of Surgery*, 1932.
- CECCARELLI. — Traumatisme et sarcome. *Ann. Ital. di chirurg.*, 1929.
- CHARLEUX et CUNY. — Invagination intestinale chronique par lymphosarcome. *Société Pédiatrie*, Paris, juillet 1934.
- CHAROCHE. — Lymphosarcome du petit intestin. *Amer. Journ. of Surgery*, 1935.
- CRAIZ. — Sarcome primitif du grêle. *Clujul Medical*, sept.-oct. 1926.
- CROUSSE. — Deux cas de sarcome du grêle. *Journal Belge de Gastro Entérologie*, janvier 1934.
- CUGNIER. — Les tumeurs malignes primitives de la valvule iléo-cæcale. *Thèse Paris*, 1903.

- DESMARETS. — Le cancer du cæcum. *Thèse Paris*, 1908.
- ERDMANN et CLARK. — *Annals of Surgery*, 1927.
- FANUCCI. — Sarcome primitif du côlon descendant. *Il Policlinico*, 1930.
- FARR. — Primary Sarcoma of the large Intestine. *Annals of Surgery*, 1913.
- FISCHER. — Sarcome de l'intestin. *The Medical Journal of Australia*, 1925.
- FLEXNER. — Multiple Sarcomata with a report of two cases. *John Hopkins Hosp. Reports*, Baltimore, 1892-1893.
- GUILANI. — Lymphosarcome de l'intestin. *Archivio Italiano di chirurgia*, 1928.
- GLINSKI. — Zur Kenntniss der Dickdarm Lymphosarkom. *Arch. V path. Anat. u. physiol.*, 1902.
- GOBBI. — Sarcomes primitifs du rectum. *La clinica chirurgica*, 1929.
- GOSSET. — *Thèse Paris*.
- GREENFELD. — Radiodiagnostic précoce d'un sarcome jéjunal. *Amer Journ. Roentgen*, 1936.
- HAMANN. — A case of sarcome of the cæcum. *Surgery gynecology a ; Obstetrics*, 1909.
- HODGES et WEST. — Lymphosarcome primitif du petit intestin. *South Medical j.*, avril 1934.
- HORTOLOMEI et BUTUREANU. — Lymphosarcome du petit intestin. *Bull. et Mém. Soc. Chirurg. Paris*, An. 33.
- HRABOVSKY. — Radiodiagnostic des tumeurs malignes du duodénum. *Fortschritte auf dem gebiete der Rontgenstrahlen*, 1935.
- JONES. — Primary Sarcoma of the appendix. *Surgery Gynecologie a. Obstetrics*, 1911.
- JOPSON et WHITE. — Sarcome of the large intestine. *Am. Journ. of the Med. Science*, 1901.
- JOUFFRAY. — Formes cliniques du cancer du gros intestin. *Thèse Lyon*, 1906-1907.

- KELLEY. — Lymphosarcome de l'intestin grêle. *The Journal of the Am. Assoc.*, 1924.
- KNORRE. — *Deutsche Zeitschrift*, 1935.
- LAMBRET, GRANDCLAUDE et DRIESSENS. — Sarcome du cæcum. *Annal. d'anatomie path.*, 1933.
- LEROY. — Contribution à l'étude des sarcomes primitifs de l'intestin grêle. *Arch. Int. de chirurgie*, 1903
- LECÈNE. — Sur les résections du côlon droit. *Bull. et Mém. soc. chirurgie*, Paris, 1921.
- Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle. *Thèse Paris*, 1904.
- LEFÈVRE. — Sarcome du petit intestin. *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, Bordeaux, 1932.
- LENORMANT. — Cancer cavitare de l'angle colique droit. *Bulletin Soc. Anat.*, Paris, février 1910.
- LEVEUF et GODARD. — Sarcome de l'intestin grêle chez l'enfant. *Annales d'anatomie Pathologique*, 1936.
- LETULLE. — Anatomie Pathologique (Masson, édit.).
- LORIA. — Sarcome primitif de l'intestin. *New Orleans Medical and Surgical Journal*, 1925.
- MACKENZIE. — A case of Primary Sarcoma of Duodenum. *The Lancet*, 1909.
- MATYAS-MATYAS. — Sarcome du grêle avec invagination. *Zentralblatt für chirurgie*, 1937.
- MAYO. — Chirurgie du gros intestin. *Surgery gynecology a. obstetrics*, 1909.
- MIROTWORZEW et SACHAROW. — Pathologie et clinique du sarcome de l'intestin. *Archiv. für klinische chirurgie*, 1924.
- MUMEY. — Sarcome du grêle. *Colorado Medicine*, 1932.
- MUNK (Breslau). — Sur le sarcome de l'intestin. *Beitrage zur klinischen chirurgie*, 1908.
- NEUMANN et COGNIAUX. — Deux cas de sarcome du grêle. *Journal Belge de Gastro Enterologie*, janv. 1934.

- NOTHNAGEL. — Die Erkrankungen dun Darmes u. perineum. Wien 1898.
- OKINCZYC (J.). — Traitement chirurgical du cancer du côlon. *Thèse Paris*, 1907.
- Tumeurs du gros intestin. *Travaux de chirurgie anatomo-clinique* (Hartmann), 1907.
- Le cancer du côlon transverse. *Revue de tech. med.*, 1922.
- Le cancer de l'intestin (Doin), 1923.
- OLIVA. — Lymphosarcomatose diffuse du grêle. *La Riforma Médica*, 1922.
- PEREZ. — Sarcome primitif de l'intestin grêle. *Archivio Ital. di chirurgia*, 1921.
- PINTO. — Un cas de lymphocytome malin du cæcum. *Archivos do centro médico da Policlínica de Botafogo*, 1930-1935, n° 2.
- RAIFORD. — *Arch. of Surgery*, 1923.
- ROSENBLUM. — Sarcome du cæcum. *Chirurgitchevsky Arch.*, Velianimova, 1911.
- SIMONCELLI. — Lymphosarcome intestinal. *Il Policlinico*, 1924.
- SOLI. — Sarcome du duodenum. *La clinica chirurgica*, 1930.
- TRUFFI. — Sur le lymphosarcome intestinal *Il morgagni*, 1926.
- ULLMANN et ABESHOUSE. — Lymphosarcome du petit et du gros intestin. *Annals of Surgery*, 1932.
- WITAKER et FISHER. — Lymphosarcome primitif de l'iléon. *Canad. M. A. J.*, 1934.
- ZWALENBURG (von). — Sarcoma of the intestines. *Journ. of the American Med. Assoc.*, 1901.

